



Mi Universidad

EXPEDIENTE CLINICO

Alexander Gómez Moreno

Parcial I

Medicina Interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina Humana

Quinto Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre de 2025

HISTORIA CLINICA

Documento médico-legal que recopila toda la inf. relevante sobre la salud del paciente, que incluye:

- Ficha de identificación
- Ant. heredo-familiares
- Ant. personales patológicos
- Ant. personales no patológicos
- Ant. gineco-obstétricos o andrológicos
- Padecimiento actual
- Interrogatorio por aparatos y sistemas
- Exploración física
- Estudios de laboratorio y gabinete (previos y actuales)
- Diagnóstico y pronóstico
- Tratamiento
- Nombre, cédula y firma del médico

INTERCONSULTAS

Documento emitido por un médico a otro especialista para solicitar valoración y opinión diagnóstica o terapéutica.

- Datos de identificación
- Fecha y hora
- Criterios diagnósticos
- Plan de estudios
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento
- Nombre y firma del médico

NOTA MÉDICA DE URGENCIAS

Registro que documenta la valoración inicial en urgencias.

Nota de ingreso

- Fecha y hora
- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, expl. física y estado mental
- Resultados de estudios de lab. y gabinete
- Diagnósticos, tratamiento y pronóstico
- Nombre completo y firma del médico

Nota inicial

- Fecha y hora
- Signos vitales
- Motivo de la atención
- Resumen del interrogatorio, expl. física y estado mental
- Resultados relevantes de estudios de laboratorio y gabinete
- Diagnósticos o problemas clínicos
- Tratamiento y pronóstico

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO

Documento donde el paciente acepta su atención médica y hospitalaria con conocimiento de los procedimientos y riesgos.

- Nombre de la institución
- Nombre del servicio y departamento
- Título del documento
- Lugar y fecha
- Acto autorizado
- Señalamiento de riesgos y beneficios
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas al acto autorizado
- Nombre completo y firma del px, si su estado de salud lo permite
- Nombre y firma del médico
- Nombre completo y firma de dos testigos.

NOTA DE REFERENCIA

Registro que acompaña al paciente cuando se traslada a otra unidad médica para continuidad de atención.

- Ficha de identificación
- Fecha y hora
- Establecimiento que envía
- Establecimiento receptor
- Resumen clínico (Motivo de envío, impresión diagnóstica)
- Terapéutica empleada si la hubo
- Nombre y firma del médico

NOTA DE CONTRAREFERENCIA

Documento elaborado por la unidad receptora para informar sobre la atención otorgada y devolver al paciente a su unidad de origen.

- Ficha de identificación
- Fecha y hora
- Establecimiento que envía
- Establecimiento receptor
- Resumen clínico
- Resultados de la atención recibida
- Diagnósticos y tratamiento
- Recomendaciones para seguimiento
- Nombre y firma del médico.

NOTA PRE OPERATORIA

Nota médica que registra la valoración clínica antes de una cirugía, diagnósticos y plan quirúrgico.

- Ficha de identificación
- Fecha de la cirugía
- Diagnóstico
- Plan quirúrgico
- Tipo de intervención quirúrgica
- Riesgo quirúrgico
- Cuidados y plan terapéutico preoperatorio
- Pronóstico

NOTA POSTOPERATORIA

Nota médica inmediata tras cirugía que describe el estado del paciente, hallazgos quirúrgicos y plan de vigilancia.

- Ficha de identificación
- Diagnóstico preoperatorio
- Operación planeada
- Operación realizada
- Diagnóstico postoperatorio
- Descripción de la técnica quirúrgica
- Hallazgos intraoperatorios
- Reporte de conteo de gases, compresas.
- Incidentes y accidentes
- Cuantificación de sangrado
- Estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y cirujano
- Estado postquirúrgico inmediato
- Pronóstico
- Causa de braxiatu o piezas quirúrgicas.
- Hallazgos importantes
- Nombre y firma del responsable de cirugía.

NOTA PRAEANESTÉSICA

Documento que consigna la valoración del anestesiólogo, riesgos y plan de anestesia.

- Ficha de identificación
- Evaluación clínica del paciente
- Plan anestésico
- Valoración del riesgo anestésico y pronóstico de la aplicación del procedimiento
- Indicaciones y recomendaciones del servicio de anestesiología.

VALORACIÓN PREOPERATORIA

Evaluación médica integral antes de cirugía para identificar riesgos y optimizar condiciones.

- Ficha de identificación
- Datos clínicos
- Estudios
- Riesgos
- Plan de manejo

HOJA DE REGISTROS DEL TRANSOPERATORIO

Documento donde se anotan todos los eventos, signos vitales y procedimientos durante la cirugía.

- Datos de identificación
- Procedimiento realizado
- Hora de inicio y término
- Signos vitales
- Técnicas y procedimientos empleados
- Eventos ocurridos.
- Nombre y firma del cirujano y anestesiólogo

HOJA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Documento que describe de manera detallada el procedimiento quirúrgico realizado.

- Fecha y hora
- Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio
- Procedimiento realizado
- Técnica quirúrgica
- Hallazgos
- Incidentes o complicaciones.
- Nombre y firma del cirujano

con toda la información sobre
édica de un paciente.

NOTA DE EVOLUCIÓN (URGENCIAS Y HOSPITALARIA)

Documento donde se registran los
cambios clínicos del paciente, evolución
de la enfermedad, respuesta al tx
y nuevas indicaciones médicas.

- Datos de identificación
- Evolución y actualización del cuadro clínico
- Signos vitales
- Resultados relevantes de los estudios
auxiliares de diagnóstico y tx
solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos
- Pronóstico
- Tratamiento e indicaciones
médicas.

NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO

Documento elaborado al admitir al
paciente al hospital.

- Datos de identificación
- Fecha y hora
- Signos vitales
- Resumen del interrogatorio, exp. física
y estado mental
- Resultados de estudio, de los servicios
auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento y pronóstico
- Nombre y firma del médico.

C. INFORMADO DE INGRESO HOSPITALARIO

Documento elaborado al admitir al paciente
al hospital.

- Nombre de la institución
- Nombre del servicio y departamento
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite
- Acto autorizado
- Señalamiento de los riesgos y beneficios
- Autorización del personal de salud para la
atención de contingencias y urgencias
derivadas al acto autorizado
- Nombre y firma del paciente; si su estado
de salud lo permite; en caso de que no debiera
ser su familiar o representante legal
- Nombre y firma del médico
- Nombre y firma de dos testigos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Referencia - Contrarreferencia)

Documento firmado donde el
paciente acepta ser referido o
contra referido a otra institución.

- Nombre de la institución
- Nombre del servicio y departamento
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite.
- Acto autorizado
- Señalamiento de riesgos y beneficios
- Autorización del personal de salud para
la atención de contingencias y urgencias
derivadas al acto autorizado
- Nombre y firma del paciente; si su
estado de salud lo permite; en caso
de que no debiera ser su familiar o
representante legal
- Nombre y firma del médico
- Nombre y firma de dos testigos

NOTA DE EGRESO

Documento que resume diagnóstico
final, evolución, tratamiento recibido,
estado del paciente al alta y
recomendaciones.

- Ficha de identificación
- Fecha y hora
- Fecha de ingreso/egreso.
- Motivo del egreso
- Diagnósticos finales
- Resumen de la evolución y estado actual
- Manejo durante la estancia hospitalaria.
- Problemas clínicos pendientes.
- Plan de manejo y seguimiento
- Recomendaciones para la vigilancia
ambulatoria
- Atención a factores de riesgo
- Pronóstico
- En caso de defunción, señalar las
causas de muerte.

ALTA VOLUNTARIA

Documento donde el paciente solicita
salir en contra de la indicación médica,
asumiendo la responsabilidad de los
riesgos.

- Nombre y domicilio del establecimiento
- Fecha y hora del egreso
- Nombre del px o representante legal (edad,
parentesco, nombre) y firma de quien solicita
el egreso
- Resumen clínico
- Medidas recomendadas para la protección de
salud del paciente
- Nombre y firma del médico que otorga la
responsión
- Nombre y firma del médico que emite la hoja
- Nombre y firma de dos testigos.

HOJA DE REGISTRO DE ANESTESIA

Documento donde el anestesiólogo
consigna fármacos, técnicas, monitoreo
y evolución del paciente durante la
anestesia.

- Ficha de identificación
- Signos vitales
- Hora de inicio y término del procedi-
miento anestésico y quirúrgico
- Dosis de los medicamentos y tiempos
en que fueron administrados
- Técnica utilizada
- Tipo y cantidad de líquidos intraveno-
sos administrados
- Registro de contingencias, accidentes y
incidentes
- Estado del paciente al salir de la
sala de operaciones

NOTA POSTANESTÉSICA

Nota elaborada tras finalizar la
anestesia, donde se consigna
recuperación, estado clínico y
posibles complicaciones.

- Técnica anestésica utilizada
- Fármacos y medicamentos administrados
- Duración de la anestesia
- Contingencias, accidentes e incidentes
atribuidos a la anestesia.
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente, a su
egreso del quirófano
- Plan de manejo y tratamiento
inmediato

HOJA DE CIRUGIA SEGURA

Lista de verificación para garantizar
seguridad en la cirugía (paciente correcto,
sitio correcto, procedimiento correcto)

- Identificación del paciente.
- Confirmación del procedimiento quirúrgico
y sitio quirúrgico
- Verificación de instrumental y material
- Registro de incidentes críticos
- Confirmación de control de gases e
instrumentos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA

Documento firmado donde el
paciente autoriza la intervención
quirúrgica con conocimiento de
riesgos y beneficios.

- Nombre de la institución
- Nombre del servicio y departamento
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite
- Acto autorizado
- Señalamiento de riesgos y beneficios
- Autorización del personal de salud para
la atención de contingencias y urgencias
derivadas al acto autorizado
- Nombre y firma del paciente; si su
estado de salud lo permite; en caso
de que no, debiera ser su familiar o
representante legal
- Nombre y firma del médico
- Nombre y firma de dos testigos.

HOJA DE ENFERMERIA

Registro sistemático de los cuidados
procedimientos y observaciones
realizados por el personal de
enfermería.

- Ficha de identificación
- Hábitus exterior
- Gráfica de signos vitales
- Administración de medicamentos.
- Control de líquidos
- Procedimientos realizados
- Observaciones
- Diagnóstico de enfermería
- Nombre y firma de quien elabora
la hoja.

HOJA DE ENFERMERIA EN QUIRÓFANO

Registro de la actuación de enfermería
intraoperatoria, material y cuidados
aplicados.

- Ficha de identificación
- Hábitus exterior
- Signos vitales.
- Control de líquidos
- Valoración de escalas.
- Procedimientos invasivos.
- Medios de diagnóstico
- Exámen
- Plan de cuidados de enfermería
- Monitorización nutricional
- Evaluación
- Observaciones
- Plan de alta.
- Nombre del enfermero(a), cédula y firma.

ANÁLISIS CLÍNICO

Documento específico que integra los resultados de estudios de laboratorio clínico solicitados para apoyar el diagnóstico y tratamiento.

- Nombre del estudio de laboratorio
- Resultados numéricos y/o cualitativos
- Valores de referencia
- Método utilizado
- Fecha y hora de la toma de muestra y del resultado
- Nombre y firma del responsable del laboratorio

HORA DE NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO PÚBLICO

Documento legal que se elabora cuando existen lesiones, delitos o muertes que deben notificarse a la autoridad.

- Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
- Fecha de elaboración
- Identificación del paciente
- Acto notificado
- Reporte de lesiones del paciente en su caso
- Agencia del ministerio público a la que se notifica
- Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación
- Reporte de causa de muerte.

SERVICIOS AUXILIARES (ESTUDIOS)

Documento donde se registran los resultados de estudios de laboratorio, gabinete o imagenología que apoyan el diagnóstico y seguimiento del pt

- Fecha de identificación
- Nombre del estudio solicitado
- Método empleado
- Resultados obtenidos
- Valores de referencia
- Interpretación (cuando aplique).
- Nombre y firma del responsable del estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIOS

Documento donde el paciente autoriza la realización de estudios diagnósticos o procedimientos invasivos.

- Nombre de la institución
- Nombre del servicio y departamento
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite
- Señalamiento de riesgos y beneficios
- Autorización del personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivados al acto autorizado
- Nombre y firma del paciente; si su estado de salud lo permite; si no deberá ser su familiar o representante legal
- Nombre y firma del médico
- Nombre y firma de dos testigos.

NOTAS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL

Documento médico donde se registran los cueros y circunstancias de la muerte.

- Encabezado con fecha y hora
- Doctor del paciente
- Diagnósticos principales y causa de muerte
- Circunstancias de la defunción
- Nombre y firma de quien la elabora

TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE

Registro de la indicación médica, tipo de sangre y procedimiento de transfusión.

- Fecha de identificación
- Indicación médica de la transfusión
- Tipo y cantidad de sangre o hemocomponente administrado
- Fecha y hora de inicio y término
- Signos vitales y monitores durante la transfusión
- Reacciones o complicaciones presentadas
- Nombre y firma del médico responsable
- Nombre y firma del personal de enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSIÓN

Documento firmado donde el paciente acepta la transfusión, con conocimiento de riesgos y beneficios.

- Nombre de la institución
- Nombre del servicio y departamento
- Título del documento
- Lugar y fecha en que se emite
- Acto autorizado
- Señalamiento de riesgos y beneficios
- Autorización del personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivados al acto autorizado
- Nombre y firma del paciente, si su estado de salud lo permite; en caso de que no deberá ser su familiar o representante legal
- Nombre y firma del médico
- Nombre y firma de dos testigos

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Documento oficial que acredita legalmente la muerte y permite trámites civiles y legales.

- Datos de identificación del paciente
- Fecha, hora y lugar de la defunción
- Causa inmediata, intermedia y básica de la muerte
- Diagnósticos asociados
- Nombre y firma del médico certificante
- Sello de la institución de salud (cuando aplique).

REPORTE DE CAUSA DE MUERTE

Documento clínico en el que el médico tratante deja constancia de los causas clínicas que llevaron a la defunción del paciente.

- Fecha y hora de la defunción
- Datos de identificación del paciente
- Diagnóstico principal
- Causa inmediata de la muerte
- Circunstancias del fallecimiento
- Nombre y firma del médico tratante.

REFERENCIA

- NORMA Oficial Mexicana NOM – 004 – SSA3 – 2012, Del expediente clínico